

# **LA RELACIÓ ENTRE USUARIS I PROFESSIONALS EN L'ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL**

## **L'OPINIÓ DELS USUARIS I USUÀRIES**

**Associació d'usuaris de Salut Mental de Catalunya (ADEMM)**

**Equip del projecte ADEMM, Empoderament i Concienciació dels usuaris:  
Divulgació de les seves opinions.**

**Responsables:** Albert Ferrer i Maria Rodríguez

**Coordinadora:** Dàlia Castro

**Equip de treball:** Félix Hernández, Roger Mullor, Ángel Barretto,  
Joan Masip i Imma Arriaga.

**Autors:** Spora Sinergies.

**Coordinador:** Aleix Causa.

**Equip de recerca:** Míriam Sol, Ricard Faura,  
Noel Garcia i Miquel Domènech.

**Disseny i Maquetació:** Centre Especial de Treball Apunts

**Impressió:** Centre Especial de Treball Apunts

**Juny de 2007**

## Índex

<b>0. PRÒLEG.....</b>	<b>5</b>
<b>1. INTRODUCCIÓ .....</b>	<b>7</b>
<b>2. IRRUPCIÓ I GESTIÓ DE LA MALALTIA. PRIMER CONTACTE AMB ELS SERVEIS DE SALUT MENTAL.....</b>	<b>9</b>
2.1 LA IRRUPCIÓ DE LA MALALTIA.....	9
2.2. EFECTES PSICOSOCIALS DEL DIAGNÒSTIC .....	11
2.2.1 <i>El diagnòstic: la cara i la creu.....</i>	<i>12</i>
2.2.2 <i>Els efectes socials: les etiquetes.....</i>	<i>12</i>
2.2.3 <i>La identitat a través del diagnòstic. Efectes i etiquetes.....</i>	<i>16</i>
2.3 EL PAPER DE LA INFORMACIÓ .....	18
<b>3. LES RELACIONS AMB ELS SERVEIS DE SALUT MENTAL .....</b>	<b>21</b>
3.1. LES CONSULTES: UNA RELACIÓ DE TRES. ....	21
3.1.1. <i>La medicació: el tercer element de la relació.....</i>	<i>23</i>
3.1.2. <i>La medicació com a epicentre de la relació.....</i>	<i>25</i>
3.2. ELS INGRESSOS PSIQUIÀTRICS, L'ENTRADA AL CINQUÈ MÓN? .....	28
<b>4. EL PAPER DEL GRUP.....</b>	<b>30</b>
<b>5. CONSIDERACIONS I ORIENTACIONS PRÀCTIQUES.....</b>	<b>33</b>
5.1. NECESSITAT D'UNA INFORMACIÓ SIGNIFICATIVA.....	33
5.1.1. <i>El coneixement com a recepta.....</i>	<i>33</i>
5.1.2. <i>La gestió d'una nova realitat.....</i>	<i>34</i>
5.1.3. <i>El context familiar.....</i>	<i>35</i>
5.2. EL SENTIT DE LA MEDICACIÓ.....	35
5.3. EL SIGNIFICAT DE LA CURA. ....	35
5.4. LA NEGOCIACIÓ DEL TRACTAMENT. ....	36
5.5. LA COMUNICACIÓ EN LA NEGOCIACIÓ.....	36
5.6. LES NECESSITATS MÉS ENLLÀ DE LA MEDICACIÓ. ....	37
5.7. EL GRUP COM A VIA D'EMPODERAMENT. ....	38



## 0. Pròleg

L'associació "**ADEMM, Associació d'usuaris de Salut Mental de Catalunya**" duu ja 15 anys treballant per la defensa dels drets i deures del col·lectiu de persones afectades. Des de l'any 1992, la tasca d'ADEMM ha anat consolidant-se progressivament i ha permès construir un espai de participació i col·laboració entre les persones afectades i les institucions i associacions relacionades amb la salut mental.

Entre les principals iniciatives d'ADEMM trobem la cogestió del Club Social ADEMM-JOIA, la creació de Grups d'Ajuda Mútua (GAM) per als seus membres, la participació en projectes europeus com ara els projectes SÓCRATES i EMILIA, o la participació directa en el Consell Assessor del Pla Director de Salut Mental i Addiccions (PDSMA).

Una de les línies d'actuació que vol desenvolupar ADEMM per a continuar treballant per la defensa dels drets i deures del col·lectiu de persones afectades és el de la promoció d'activitats de recerca en l'àmbit de la salut mental.

Des d'ADEMM, sorgeix el projecte denominat "*Concienciació i Empoderament dels usuaris; Divulgació de les seves opinions*", que neix de l'experiència adquirida amb la participació en el Projecte Sócrates , Grundvigt II, de la Unió Europea, en el que l'entitat JOIA ens va oferir participar, i que ens ha dut a viatjar a diversos països d'Europa i contactar amb diferents organitzacions , tant de professionals com d'usuaris, adquirint nous coneixements i experiències.

Aquest projecte, ha estat subvencionat per al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, entre d'altres objectius, pretenem iniciar una línia de recerca que fonamenti i visibilitzi les necessitats sociosanitàries del col·lectiu de persones afectades. A dia d'avui, és molt poca la literatura especialitzada en l'àmbit de Salut Mental que incorpora en els seus anàlisis i propostes la veu dels mateixos usuaris de manera rigorosa.

L'estudi que presentem és un dels resultats del projecte esmentat, i té la intenció de millorar les relacions entre els usuaris i usuàries de salut mental i els professionals d'aquest àmbit, tot analitzant com són aquestes relacions i com es poden fomentar vies d'apropament i diàleg.

Aquest estudi segueix, de fet, les línies i les estratègies que es plantegen des del PDSMA<sup>1</sup> de la Generalitat de Catalunya . El mateix Pla Director planteja, entre d'altres, els següents objectius:

Analitzar les necessitats de salut y de serveis sanitaris dels grups de població afectada per malalties mentals i addiccions.

Dissenyar plans d'actuació per fomentar la recerca i la docència en l'àmbit de la salut mental.

Inicialment, aquesta recerca pretén mostrar l'opinió i valoracions de les persones usuàries d'aquests serveis per tal de que es tinguin en compte i s'incorporin els

---

<sup>1</sup> Plà Director de Salut Mental i Adiccions

seus punts de vista a l'hora d'estructurar i desenvolupar la xarxa de serveis de Salut Mental a Catalunya.

Tanmateix, aquest només és un primer pas d'un llarg recorregut. Els membres d'ADEMM sabem que per a completar aquest estudi serà necessari incorporar la veu, en primer lloc, d'altres persones afectades que no siguin membres d'ADEMM i, en segon lloc, dels mateixos professionals de la xarxa de Salut Mental. Així com no podem considerar com a completa una política o estudi que no incorpori les persones afectades, tampoc podem fer-ho sense la participació dels professionals.

En definitiva, es tracta de fomentar un treball conjunt entre usuaris i professionals de cara a la millora de les condicions dels serveis de Salut Mental. Creiem que aquest treball conjunt és un element clau per a trencar definitivament els prejudicis i estereotips presents en aquesta relació.

Per finalitzar, voldríem agrair la realització d'aquesta recerca a l'equip de *Spora Sinergies*, consultora de recerca i avaluació psicosocial vinculada al Parc de Recerca de la UAB. Així mateix, volem agrair especialment la col·laboració de totes les persones que han participat en aquest estudi i l'han fet possible.

Albert Ferrer i Pinyol

President d'ADEMM

## 1. Introducció

Aquest informe mostra una anàlisi de les relacions que estableixen les persones usuàries dels serveis de salut mental amb els professionals que hi treballen. Aquesta anàlisi pretén donar resposta a una pregunta clau formulada a usuaris i usuàries dels serveis: **Com t'agradaria que fos la relació amb els professionals de salut mental?** Per aquest motiu, l'informe tracta de recollir, per mitjà dels relats de les persones entrevistades, aquells esdeveniments i aquelles demandes associades que s'exposen en relació a les diferents situacions – contextos d'interacció– que es poden viure en els serveis de salut mental.

Objectius:

Descriure què pensen els usuaris i usuàries d'ADEMM sobre la seva relació amb els professionals de salut mental.

Detectar les demandes dels usuaris i usuàries respecte als serveis de salut mental de Catalunya.

La població d'aquest informe està constituïda majoritàriament per membres de l'associació **ADEMM, Associació d'usuaris de Salut Mental**. Per qüestions metodològiques es va acordar que els membres d'aquesta associació que han participat en les entrevistes no estiguessin desenvolupant cap càrrec ni responsabilitat a l'associació. D'aquesta manera volíem copsar l'heterogeneïtat de discursos i opinions que hi ha dins el grup, tot aïllant les entrevistes d'allò que són qüestions d'organització i gestió de l'associació.

Tot i que aquest informe no pretén ser representatiu de tot el col·lectiu d'usuaris, sí que pretenem mostrar alguns dels elements que contribueixen a la creació de significats compartits per a bona part dels membres del col·lectiu.

L'estructura d'aquest informe consta de diferents capítols orientats a desenvolupar diferents temàtiques vinculades amb els seus objectius. Els tres primers capítols tenen un caràcter més descriptiu, tot creant un marc òptim per a poder extreure'n aquelles situacions i aquelles demandes que hi tenen lloc. L'últim capítol – *Consideracions i orientacions pràctiques*– pretén generar una reflexió sobre els continguts dels anteriors. No es tracta d'una reflexió exclusivament analítica, ans al contrari, aquesta incorpora un seguit de consideracions i orientacions, tot seguint els relats de les persones entrevistades, per a poder promoure iniciatives destinades a transformar certs aspectes de la realitat analitzada.

Aquesta recerca s'ha desenvolupat per mitjà d'una **metodologia qualitativa**. Concretament, hem treballat amb els relats dels participants de quatre grups focals (una mena d'entrevista grupal). Cal matisar que dos d'aquests grups focals comptaven amb la presència i participació de professionals de salut mental de diferents àmbits. Els altres dos grups focals es composaven exclusivament de membres d'ADEMM.

Així doncs, l'anàlisi parteix de:

- 2 grups focals realitzats amb membres d'ADEMM.
- 2 grups focals mixtes, compostats per professionals de salut mental i per persones usuàries dels serveis.

En termes metodològics, hem optat pel que en els estudis de tipus etnogràfic es coneix com a *descripció densa*<sup>2</sup>. Parlem d'una descripció que està simultàniament constituïda pel relat de les persones entrevistades i per la interpretació que en fan els investigadors i investigadores. La tasca de la descripció densa és extreure estructures de significació que sovint semblen irregulars, no explícites o inconnexes, però que, al llarg de l'anàlisi, l'investigador/a ha de poder connectar.

Cal fer esment que la metodologia qualitativa té com a objectiu realitzar un anàlisi exhaustiu dels relats expressats per part de les persones entrevistades. La metodologia qualitativa no té com a criteri d'anàlisi la representativitat de les seves dades, ni l'anàlisi de percentatges en les opinions expressades, sinó que tracta de detectar i analitzar un conjunt de discursos sobre un seguit de temes i la manera que tenen aquests de vincular-se i de generar formes de pensament i de percepció social.

Creiem convenient exposar que aquest informe treballa amb una perspectiva relacional, és a dir, que centra la seva constitució i la seva anàlisi en la relació que s'estableix entre usuari i professional. La relació d'ambdós es planteja com l'element configurador de les necessitats i de les demandes que anirem desenvolupant durant l'informe. No hem fet doncs una anàlisi centrada en alguna de les figures presents en la relació. Per aquest motiu, creiem que seria interessant completar els resultats d'aquest informe amb la incorporació futura, dins de l'anàlisi, dels relats dels professionals implicats.

---

<sup>2</sup> Utilitzem el terme de C. Geertz (1973) "descripció densa" tal i com apareix en el seu llibre "The interpretation of cultures".



## 2. Irrupció i gestió de la malaltia. Primer contacte amb els serveis de Salut Mental.

En aquest primer punt descriurem el procés que viu la persona en el moment en què apareix la malaltia<sup>3</sup>, i com s'adapta a aquesta situació. També ens centrarem en els efectes que la malaltia pot tenir sobre la persona i el seu entorn, i analitzarem les diverses perspectives que la persona pot assumir per a fer front a determinades situacions.

### 2.1 La irrupció de la malaltia

Les explicacions que ens donen les persones entrevistades sobre les seves experiències en el moment en què apareix la malaltia sorgeixen quan se'ls pregunta sobre el seu primer contacte amb els agents de salut mental. Hem observat que l'aparició d'aquesta situació pot ser viscuda de diverses maneres i pot ser afrontada amb diferents actituds.

D'entrada detectem que l'aparició dels primers símptomes de la malaltia suposa un **canvi en la vida quotidiana** de la persona. En la majoria dels casos, la persona detecta aquest canvi quan troba que alguna cosa no funciona com és habitual, tal i com s'exemplifica en el comentari següent:

"Jo anava al psicòleg i allí vaig començar amb idees. Primer a pensar molt ràpid, molt ràpid, una cosa molt estranya, després ja vaig començar a tenir com unes idees persecutòries i coses d'aquestes. El psicòleg em va derivar a urgències de l'Hospital Clínic." (2:82)

La persona que pateix aquests primers símptomes pot reconèixe'ls clarament i ser-ne conscient, però també es pot donar el cas en què la persona els visqui sense ser-ne conscient, que no percebi que alguna cosa està succeint. En aquests casos, el canvi és detectat només per part d'altres persones, que s'adonen que hi ha alguna cosa que està canviant. Atès que la persona no és conscient d'aquests símptomes, no els fa explícits, i pot ser que l'atenció sanitària es doni de manera involuntària.

"Jo fa trenta-i-tants anys vaig tenir una trifurca a l'empresa i el que se la va carregar vaig ser jo. Va venir a buscar-me el meu germà i em va portar... vam anar a casa i va venir un senyor amb bata blanca i em va dir si em faria res anar a fer unes proves, i aquestes proves van ser quinze dies a l'hospital de Sant Boi. I no hi va haver cap prova." (2:78)

Considerem interessant assenyalar, per un costat –i com il·lustra l'anterior comentari–, com el professional de salut mental és representat per un símbol

---

<sup>3</sup> En aquest informe parlarem principalment de 'malaltia', més que no pas de 'trastorn', degut a què aquest és el terme que les pròpies persones entrevistades fan servir per a referir-se a aquesta qüestió. Evitarem doncs entrar aquí en el debat sobre quina seria la forma políticament més correcta d'abordar aquesta qüestió terminològica, atorgant aquí el protagonisme a la visió que es desprèn dels relats de les persones entrevistades.

significatiu, la "bata blanca", i per un altre costat, com aquest primer contacte es produeix a través d'un ingrés en un hospital psiquiàtric.

Habitualment, la persona és ingressada quan els símptomes apareixen en forma de crisi, i és en aquest moment que s'estableix el primer contacte amb els serveis de salut mental. Entenem com a **moment de crisi** "quan estàs malament, que tens una crisi, que estàs que no t'aguantes i t'han d'intentar amainar la crisi"<sup>4</sup>, és a dir, quan la persona requereix d'una atenció especialitzada perquè no pot fer front a la situació per ella mateixa. Aquesta situació es veu agreujada quan es tracta de la primera crisi, moment en què apareixen un seguit de símptomes que són desconeguts per a la persona, que no entén i, per tant, no sap com afrontar una situació nova i intensa.

Davant d'aquesta situació de desorientació, observem que la persona necessita un procés d'adaptació per assumir la malaltia. Hem detectat **diferents actituds** que pot prendre la persona en aquest moment. En primer lloc observem que, a vegades, la persona no sap ben bé com encaixar aquests esdeveniments, de manera que decideix **no expressar ni compartir** allò que experimenta. En aquests casos la persona pot decidir no comunicar l'experiència de la malaltia, ni tan sols a la seva família.

"Yo... a mis quince años ya notaba algo... que no funcionaba en mí y me fui sola al médico, no le dije nada a mi madre, y este médico me curó con la psicóloga que tengo toda la vida, de salud mental." (2:62)

Per contra, en altres casos aquesta situació de canvi no és percebuda pel mateix individu com a malaltia mental. Apareix aquí un segon tipus de reacció en què la persona pren una actitud més negativa al respecte i **rebutja el diagnòstic** que li atorguen els metges.

"A mí me han dicho que yo soy una enferma mental, pero sin embargo yo no me lo creo; me refiero en el sentido de que yo, pues a los diecisiete años oí por primera vez una voz y entonces a mí me dijeron que era un espíritu burlón, y que yo tenía una serie de facultades paranormales y de ciencias ocultas, que podía desarrollar si quería... y llegar a ser medium; y entonces yo no quise eso porque me daba mucho miedo ese tema... y dije que no, y entonces ahora soy pues una esquizofrénica paranoide, según los profesionales." (1:55)

Simultàniament, en el moment en què apareixen els primers símptomes de la malaltia, la persona recorre als centres d'atenció mèdica sense diferenciar el tipus de centre, malgrat que majoritàriament es parla d'hospitals psiquiàtrics. És en aquest moment quan la persona estableix el primer contacte amb els serveis de salut mental. Cal remarcar, però, que davant la situació de desorientació en què es troba la persona quan es tracta de la primera crisi, aquesta no sap a on recórrer ja que desconeix les diferents opcions de les quals disposa. Aleshores, la situació es viu amb una forta sensació de **desemparament**.

"Yo me encontré con el IMPU y no sabía que existía ni el IMPU ni los CAPs ni nada. Me llevaron allí y ahí empezó todo. (...) Hay una gran desinformación a

---

<sup>4</sup> (1:538)

nivel de la población, porque claro, tú llegas a una edad y no sabes lo que es un psiquiátrico, y no sabes nada, y te ves allí metido y sufres mucho, porque no sabes dónde estás.” (1:213)

Per a culminar aquesta situació crítica observem que, un cop la persona s'ha posat en contacte amb un d'aquests centres professionals, aquesta segueix ignorant el procediment que se segueix i el seu funcionament. Així, a l'angoixa que es deriva directament de la vivència dels símptomes que pateix la persona –i si a més és el primer cop que apareixen–, s'hi suma el fet que aquesta no sap què li passa, no sap què ha de fer ni on pot anar. Així mateix, quan definitivament ha trobat el lloc en el qual rep l'assistència que li correspon, tampoc sap què és el que es fa allà, què li passarà, quant de temps s'hi estarà, i segueix sense saber què és el que li passa ni per què.

Cal remarcar que, en aquest moment de desconcert, resulta clau la manera com se succeeixen els esdeveniments. És a dir, el primer contacte amb els serveis de salut mental té un pes important a l'hora de determinar la percepció que la persona pugui tenir d'aquests serveis. Així doncs, ens podem trobar amb què algunes experiències negatives amb els serveis de salut mental poden ajudar a formular un discurs també negatiu, no només de la malaltia, sinó de les seves conseqüències associades, com és l'ingrés forçós.

“Yo estaba en una habitación alquilada viendo «Bailando con lobos» por televisión y llamaron a la puerta y eran dos mossos d'escuadra y tres de una ambulancia. Me cogieron, me quitaron las bambas, me pusieron boca abajo en la camilla, me ataron, y me llevaron al psiquiátrico.” (1:215)

Amb tot, no sempre les experiències negatives es corresponen amb una intrusió de la intimitat de la persona, sinó que, a vegades, la simple desorientació ja resulta aversiva. Aquesta situació d'ambigüitat i desconcert pot ser percebuda, per si sola, com una experiència negativa. Les diferents persones entrevistades coincideixen en denunciar una manca d'informació sobre allò que els hi està passant en el moment de topar-se per primer cop amb els diferents agents de salut mental.

Cal remarcar que, en aquests primers moments, el tipus de centre en el que té lloc aquesta situació és de gran importància, ja que la necessitat d'aquesta informació i la forma en què es dóna és diferent en cada context. Però, malgrat el context, les diverses opinions analitzades posen sobre la taula que el fet de donar unes indicacions bàsiques respecte els símptomes que pateix la persona –així com sobre el centre en el que es troba– ajuda notablement a comprendre la situació i, per tant, a adoptar una actitud més capaç per afrontar-la.

## 2.2. Efectes psicosocials del diagnòstic

Després de l'aparició dels primers símptomes, un cop la primera crisi ha quedat enrera, la persona es troba amb el diagnòstic que li ha estat atorgat pels metges, i amb el qual ha d'assumir una nova condició que a vegades comporta un estil de vida diferent. En aquest període d'adaptació, la persona ha d'afrontar diverses situacions que li poden resultar problemàtiques degut a certes limitacions que li vénen imposades externament.

Aquestes adversitats influeixen, alhora, en la construcció de la identitat que la persona desenvolupa segons siguin les diverses situacions. Quines poden ser aquestes situacions i de quina manera poden afectar a la persona són els punts que exposem a continuació.

### 2.2.1 El diagnòstic: la cara i la creu

Del primer contacte amb els serveis de salut mental en resulta, generalment, un diagnòstic, el qual respon en primer lloc a un sistema de catalogació necessari per als serveis mèdics.

“El metge necessita posar aquesta etiqueta per quan vas a un altre lloc, per a què un metge en un altre lloc sàpiga que tu ets un diabètic, un hipertens, o un bipolar.” (3:135)

El diagnòstic, però, no només té efectes en la pràctica mèdica per a ubicar un tractament, sinó que la mateixa persona diagnosticada es veu englobada dins una catalogació a la qual no pertanyia fins al moment. Si la crisi o l'aparició de la malaltia suposava ja una primera fase de desorientació, ens trobem ara davant d'una segona fase en què la persona ha d'adaptar-se a un nou element que la defineix. Aquesta fase pot resultar molt i molt angoixant.

“Hay una parte de ti que... que se hunde, se hunde cuando te diagnostican una enfermedad mental” (1:768)

Sovint, la persona desconeix completament el significat d'aquest diagnòstic, què vol dir i com es correspon amb el que ella experimenta; què implica i de quina manera afectarà la seva vida quotidiana. Hem de tenir en compte, a més, que allò que ha de ser un nou element de definició i comprensió de la situació prové d'una figura externa al entorn més proper i que és definida com experta en matèria de Salut Mental. Així mateix, el diagnòstic pot anar canviant en funció del centre i del professional que s'encarrega del cas així com del desenvolupament futur dels esdeveniments. Aquest compendi de factors configura una situació d'incomprensió que té com efecte, un altre cop, que la persona se senti perduda, sense referents ni exemples als que aferrar-se.

“Cada vez que he ingresado en un psiquiátrico me han puesto un diagnóstico diferente. Al final yo ya no sé lo que tengo.” (1:233)

El sistema de catalogació mèdic es converteix, d'aquesta manera, en una **etiqueta social**. No només té uns efectes sobre la persona diagnosticada, sinó que també afecta l'entorn d'aquesta persona. Veurem a continuació com el diagnòstic pren un sentit diferent en la societat “no experta”, i és utilitzat per a justificar tota una sèrie de decisions, comportaments i actituds davant de la persona diagnosticada.

### 2.2.2. Els efectes socials: les etiquetes

Independentment dels problemes que la mateixa malaltia li pugui ocasionar, la persona es troba amb un seguit d'obstacles que sovint li impedeixen seguir el ritme de vida desitjat, dur a terme certes activitats quotidianes o establir segons quines relacions socials. Com comenta una de les persones entrevistades, “**quan tens**

l'etiqueta posada... ja segons quines coses no te les deixen fer.”<sup>5</sup> Moltes d'aquestes restriccions es troben justificades pel **significat que pren el diagnòstic en l'entorn social** de la persona.

“A partir de que te diagnostican la enfermedad... no eres parte de la sociedad, eres una parte que no cuenta, porque si no tienes medios económicos, no puedes trabajar, pues... te quedas un poco como en tierra de nadie.” (3:18)

No es tracta tan sols de la dificultat que pugui suposar el fet d'afrontar determinats obstacles puntuals, sinó que l'individu es troba molt limitat en tota una sèrie d'àmbits que superen les constriccions pròpies de la mateixa malaltia. La persona, doncs, es veu qüestionada i limitada per la societat de manera que aquesta és la que dictamina allò que pot o no pot fer.

“Jo ara estic esperant que em facin un control mèdic per a veure si em renoven el carnet de conduir. Únicament perquè vaig dir que prenia antipsicòtics.” (1:65)

En aquest relat observem que la medicació té un paper clau en les limitacions de la persona, però aquest aspecte concret l'analitzem més endavant el capítol 2 d'aquest informe.

Considerem especialment rellevant els efectes que té el diagnòstic a l'hora de situar la **persona com a capaç o no per a treballar**. Per una banda, el treball suposa en bona part autonomia econòmica per a la persona. Aquesta autonomia econòmica es tradueix en una llibertat a l'hora de decidir en què invertir temps i diners. Per contra, la manca de feina comporta una manca d'autonomia que obliga la persona a estar lligada socioeconòmicament a una altra persona. Aquesta manca d'autonomia econòmica es tradueix de manera general en una manca d'autonomia personal. La persona, en aquest cas, pot tenir la sensació que queda relegada sota el domini de l'altra o les altres persones.

“No, sempre dependre dels pares... perquè dóna la sensació de què ets un crió petit, de què no tens... i moltes vegades no és la malaltia, sinó és el fet de no tenir recursos.” (2:751)

Resulta clau entendre que aquesta relació de dependència apareix com un problema afegit, més enllà de les dificultats que pugui ocasionar la malaltia en si mateixa.

“¡Porque están viviendo en precario toda la vida! Hay parejas que tienen que vivir de los padres, de quien los acoja, porque no tienen acceso a una vivienda, no tienen ni para ir a un cine... Hay gente que está condenada a vivir con sus padres y el día que faltan los padres, ¡al cajero! ¡Y eso sí que es una enfermedad!” (3:61)

Per una altra banda, cal abordar el treball com a mitjà d'inclusió en la comunitat. En la nostra societat el treball proporciona una important xarxa de relacions interpersonals; el fet de poder treballar comporta la consideració d'una persona com a vàlida i activa dins de la comunitat. La negació de la capacitat per treballar, per contra, és “com si la societat ja directament no tragués el potencial d'aquella persona

---

<sup>5</sup> (1:362)

com a individu<sup>6</sup>, impedeix el possible desenvolupament d'una àmplia xarxa de relacions socials, essencial per a la convivència en comunitat. En alguns casos, fins i tot podem dir que comporta una desvinculació de la societat fins al punt que pot acabar convertint-se en una mena de negació de les possibilitats de relació social de l'individu.

"Tu ets el diferent. A base d'això t'expulsen de llocs, no et deixen entrar, quan veuen que ets una mica alterat... «¡Ui, éste está loco! Vamos a dejarlo...» i passen de tu, tota la gent." (1:61)

En aquesta mateixa línia, ens trobem amb què a vegades les relacions interpersonals també es veuen restringides. Un exemple podrien ser les **relacions de parella**. Es relata, en alguns casos, que quan una persona pateix una malaltia mental se li recomana per part dels serveis de salut mental que no iniciï o mantingui una relació íntima amb una altra.

"Normalmente si vas a exponerle a un psiquiatra que tienes una relación de pareja o quieres vivir en pareja, no sé cómo estará ahora, pero yo cuando empecé, hace años, me decía «no, no, la pareja no tiene que ser, la pareja se romperá... la pareja no...» o sea, todo en contra de [las parejas entre] enfermos." (1:758)

Si l'entorn entén una persona com a no capaç, no útil, no apta per a certs requisits de la vida social, això condiona directament el seu marge d'acció. La **percepció social** que té l'entorn de la persona que pateix la malaltia i de les seves capacitats i habilitats són elements fonamentals per a la seva vida quotidiana

"Poner la etiqueta ya... de etiquetarte y decirte... que estás allí como un mueble, que estás pero que ya te consideran como un enfermo, ya no como una persona." (3:89)

Sovint, la societat percep la persona diagnosticada de manera negativa i homogeneïtzada. Aquesta percepció negativa es nodreix, en part, de la manera en què els mitjans de comunicació exposen la problemàtica en l'àmbit de salut mental. En moltes ocasions, les notícies que apareixen als mitjans relacionen la malaltia mental amb conductes delictives o amb una pèrdua total del control sobre un mateix. Aquest efecte dels mitjans de comunicació es veu agreujat, a més, per la manca d'informació general que té la població sobre salut mental.

Els **mitjans de comunicació**, doncs, tenen un paper i un poder molt important en la construcció d'imaginari col·lectius.

"Normalmente la información que llega de salud mental es siempre mala, bajo mi parecer. La información que estamos acostumbrados a recibir es la, digamos... entre comillas, dramática, que por otro lado, en los medios de comunicación ni en ninguna parte luego te explican que eso al igual es el 0,001 de no sé qué." (4:76)

Els mitjans de comunicació contribueixen a distorsionar la informació tot mostrant aquells esdeveniments que causaran més expectació en el públic però que, de fet, són potser poc freqüents.

---

<sup>6</sup> (3:83)

"A les pel·lícules, o a les sèries de televisió, què surt de salut mental? El psicòpata i el Síndrome de Down." (4:136)

Observem, doncs, que els mitjans de comunicació tenen gran influència a l'hora de crear mites i de transmetre informació. El trastorn s'associa de manera indiscriminada a perfils concrets carregats de connotacions negatives.

Aquesta expressió distorsionada té un efecte directe sobre les relacions que estableix la persona amb el seu entorn. Segons les persones entrevistades, una "relació normal" amb algú que ha estat diagnosticat passaria per "tractar-lo com a individu, no veure'l com a un discapacitat."<sup>7</sup> Cal destacar que aquesta dificultat a l'hora d'establir relacions representa un dels majors problemes amb què es troben les persones diagnosticades amb un trastorn mental. La discriminació o incomprensió és encara més significativa quan prové d'aquelles persones que conviuen amb la persona afectada, les que representen l'entorn més proper: **la família**.

"Que se implique un poco más la familia con nosotros, que a veces... nos tienen un poco como aquél que está majara perdido..." (2:715)

Resulta molt important per a la persona el fet de sentir-se en condicions d'igualtat amb la resta de persones del seu entorn. Parlem de relacions d'igualtat com a oposició a una relació de subordinació o marginació. Si l'entorn proper no manté amb aquesta persona una relació d'igualtat, de simetria en les relacions, la situació esdevé molt difícil de gestionar.

"S'hauria d'acabar amb el paternalisme i amb la sobreprotecció. Hi ha algunes famílies... jo he vist aquí a gent que s'ha esborrat de l'associació perquè... bé, per unes paranoies que té la família que clar, «són els seus filllets» i que... en fi, jo crec que s'hauria de donar més llibertat i tenir més confiança en els malalts." (2:805)

Per últim, observem un darrer efecte que poden tenir les etiquetes *estereotipants* sobre la persona. Si entenem que una persona pot ser definida per diverses etiquetes –com per exemple per l'aspecte físic, per la nacionalitat, per tendències polítiques o gustos estètics– l'etiqueta de "malalt" se sobreposa aquí per damunt de les altres. En el cas d'aquelles persones diagnosticades amb un trastorn mental, aquesta etiqueta predomina per sobre de les altres, sense donar l'oportunitat a la persona de definir-se d'una altra manera.

"Hay otra cosa muy curiosa con salud mental, i es que a la gente de salud mental como sólo tiene eso ya no le pasa nada más..." (4:315)

I per la mateixa raó, totes aquelles circumstàncies que podrien alterar el cicle vital de qualsevol persona no tenen el mateix impacte sobre el malalt mental, ja que aquest viu sota una circumstància alterada de per vida.

"Tuvo un ingreso... pero bien, bien, bien, no fue una descomposición... una descompensación psicótica, fue... pues un no poder con una situación que había, que además era un... que le afectaba muchísimo y la pobre... pues al final... pues mira, se fue abajo, se fue abajo..." (4:318)

---

<sup>7</sup> (4:17)

Podem determinar, en últim terme, que els problemes amb els que es pot trobar una persona diagnosticada amb un trastorn mental van més enllà dels símptomes que la mateixa malaltia pugui ocasionar.

"Al fin y al cabo, un enfermo mental qué es? Una persona que socialmente no encuentra su hueco, o no puede participar ese rol... Entonces no son ni enfermedades, son **enfermedades sociales**" (4:265)

Sovint, els efectes del diagnòstic influeixen notablement sobre la persona i el seu entorn, podent afectar de manera significativa la identitat d'aquesta persona i constituint-se com un dels principals obstacles amb què es troba en la seva vida quotidiana.

### 2.2.3. La identitat a través del diagnòstic. Efectes i etiquetes.

El diagnòstic respon en primer lloc a una qüestió pragmàtica i funcional dels serveis mèdics. El problema rau en la interpretació que se'n fa, en el significat que aquesta etiqueta adopta en segons quins contextos. I, sobretot, en com la persona assumeix aquesta etiqueta fins i tot en el primer moment de presentar-se en públic.

"P1: Què dic? El nom?

E: Si..

P1: No sé, que sóc malalta mental... i des dels vint-i-tres o vint-i-quatre anys, més o menys...

E: I el nom? Perdona, eh!" (2:87)

Aquest petit diàleg correspon a la presentació de les persones en una de les entrevistes realitzades, i il·lustra de manera significativa aquesta assumpció de l'etiqueta, fins al punt de que la persona es presenta a sí mateixa com a malalta mental abans d'indicar el seu nom. Observem, doncs, que en alguns casos **la identitat** es torna tan fràgil i permeable que absorbeix el diagnòstic com a sinònim d'un mateix. En algunes ocasions, quan aquest diagnòstic és susceptible de canvi la persona pateix, perquè la seva identitat hi està en joc. En molts dels relats, allò que defineix la persona en primer terme és aquesta etiqueta, la qual se situa per sobre de tot.

Per una altra banda, també observem que moltes de les persones entrevistades relaciona amb l'etiqueta les principals conseqüències socials negatives que pateixen, partint de la mateixa percepció distorsionada que expressa la comunitat. Per a evitar-les, aquestes persona reacciona negant el diagnòstic, o bé amagant-lo a la resta, per por a la reacció dels altres.

"Però com diguis «soc bipolar, o soc esquizofrènic, ui, ui, tu ja ets..» tu això ja no ho pots dir." (3:99)

Una tercera situació, compatible amb les dues anteriors, té lloc quan la persona respon de manera passiva davant totes aquestes circumstàncies. És a dir, quan la persona s'apropia de les limitacions socialment atribuïdes, i s'acomoda en aquesta situació.



"De vegades també els usuaris posen moltes vegades pretextos a la seva situació, en el qual el pretext és «segons em convingui, la meua malaltia no em permet fer això»." (3:13)

En aquests casos, les limitacions atribuïdes són autoadoptades de manera que s'evita l'assumpció de determinades responsabilitats adduint la malaltia. Per últim, destaquem també la posició que pren la persona quan no accepta ni el diagnòstic ni la malaltia.

"Evidentemente yo perfecta no soy, tengo mis altos y bajos, mis picos, bajadas y subidas, como cualquier otra persona, o sea... no me considero un enfermo realmente" (1:55)

En aquest relat s'entén la malaltia com a sinònim de discapacitació. Quan la persona declara no es considera malalta és perquè no se sent discapacitada, ja que pot dur una "vida normal". Allò que es rebutja, doncs, és aquest sentit negatiu d'invalidesa que pren l'etiqueta de malalt.

Per últim, farem esment del concepte de **cura** ja que és un terme que està implícitament lligat al concepte de malaltia que apareix en algun dels relats. En primer lloc observem que algunes persones donen per suposat que el fet d'estar curat comporta una absència total dels símptomes de la malaltia. En aquest cas la persona entén la cura "com la supressió de símptomes"<sup>8</sup>.

En segon lloc, apareix una idea ben diferent del significat de cura, el qual descriu aquest concepte com a una integració de l'individu en el seu entorn. Tal i com comenta una de les persones entrevistades, es tracta de "una mejor readaptación a la comunidad"<sup>9</sup>. Considerem especialment rellevant el sentit que pren aquesta percepció del concepte de cura en relació a la definició de malalt, ja que il·lustra el que s'entén per malaltia també com un sentiment subjectiu i no pas com un veredicté únicament mèdic.

"Claro, es muy subjetivo, tu puedes estar muy enfermo y si tu... y si haces, si hay una buena adaptación a esta discapacidad tú no puedes sentirte enfermo, y hay gente que está no tan enferma quizá como esta persona y se siente muy enfermo, es muy subjetivo el... el, la línea que separa el que tú puedas, a nivel subjetivo, decir que estás más enfermo o menos enfermo, es muy transparente, es muy fina y además no sólo depende del estado de salud." (3:207)

Com veiem en aquest relat, el fet que un mateix es consideri o no malalt també ve determinat per la percepció subjectiva que la persona tingui d'ella mateixa. D'aquesta afirmació se'n deriva una altra, i és que els termes malaltia i cura no són absoluts ni oposats. No es tracta de dos conceptes completament antagònics i incompatibles sinó que s'estableixen com els extrems d'una mateixa línia en la qual s'hi situa la persona, oscil·lant constantment entre aquests dos pols. Aquesta idea queda representada en el següent comentari:

---

<sup>8</sup> (3:197)

<sup>9</sup> (3:197)

"La salut o la malaltia jo crec que és tot un continu on es van donant regressions i progressions, més... més aguditzades o menys, però que en el fons és una línia contínua." (3:197).

El que ens sembla més interessant de la reflexió que ens fan les diverses persones entrevistades és que es lliga directament allò que s'entén per cura amb la percepció que es tingui de la malaltia en termes de subjectivitat.

## 2.3 El paper de la informació

Hem observat que la informació sobre la malaltia resulta clau en diverses situacions. En primer lloc, les persones entrevistades reclamen atenció i informació de manera especial en el moment de la **irrupció de la malaltia**, moment en què la persona es troba desorientada perquè no sap què passa al seu voltant ni què és allò que ha de fer.

"Entonces yo pienso que la persona que te acoge, en eso, tendría que ser... tener una charla de información con ellos, porque sinó estás reñido, no sabes dónde estás... estás que... no lo sabes. Hace falta información, la gente no conoce lo que es un psiquiátrico." (1:213)

Però per a què aquesta informació arribi realment a la persona afectada, és a dir, per a què pugui ser compresa sense dificultat, ha de ser significativa. I amb això volem dir que la informació tècnica i teòrica sobre la malaltia no és útil per a la persona que l'està patint, ja que difícilment hi veurà reflectit allò que sent, ni minvarà les seves possibles pors i preocupacions.

"A mi me gustaría tener más información porque claro, no sé lo que es esquizofrenia paranoide, o sea, y se supone que es lo que yo tengo, pero todavía no sé lo que es." (1:215)

De la mateixa manera que aquesta informació és essencial per a què la persona pugui acceptar la malaltia i conviure amb ella, també resulta necessari introduir l'entorn proper al nou context. Sovint la persona que es troba amb aquesta situació –que ja resulta prou complicada per sí sola– ha d'explicar-la a la família, la qual sovint tampoc la comprèn. La família es troba sense recursos, sense saber què fer ni com ajudar al familiar afectat, "la familia lo que pasa es que no comprende lo que te pasa, se piensa que... unos piensan que tienes cuento, que son tonterías..."<sup>10</sup>. Davant d'uns fets que són desconeguts i incompresos, la qüestió pot acabar per convertir-se en tabú. Els fets poden ser ignorats i fins i tot negats, la qual cosa es converteix en una problemàtica afegida per a la persona afectada.

"Yo creo que mi madre no ha asumido todavía que... mi enfermedad, y son muchos años." (3:89)

Si davant d'aquesta situació de desorientació es proporciona informació efectiva i significativa a la persona i al seu entorn aleshores es fa més possible donar un sentit a la situació. Davant d'una correcta explicació, les circumstàncies ja no són percebudes negativament, la persona no se sent tan perduda quan entén allò que

---

<sup>10</sup> (1:778)

està vivint, i minven també els prejudicis que pugui tenir l'entorn d'aquesta persona, ja que aquest entorn respon amb comprensió.

"Qui et posa l'etiqueta, que sempre és en una unitat mèdica, haurien de ser els primers en explicar-te, al malalt, a la família, aquesta etiqueta què és, què implica, què passarà, què pot passar o què no pot passar... I llavors, en comptes d'estar la senyora María «ai, es que mi hijo es esquizofrénico, es que no sé qué...» pues no, dirà «no, mi hijo tal, y no sé qué y no sé cuantos» i ho explicarà a la veïna i no passa res, i farà la funció social..." (3:181)

En segon lloc, detectem que la mateixa informació també és necessària a **nivell global**, de cara a la comunitat en general, per a què disminueixin els prejudicis socials i les percepcions errònies descrites sobre salut mental.

"Yo pienso que... que hay mucho prejuicio ya en la sociedad, la tendencia es a ponerte la etiqueta, que muchas veces uno mismo ya se la autopone. Entonces yo creo que habría que... haría más falta más información para poner las cosas en su sitio." (4:22)

Resulta, però, que durant algunes de les entrevistes realitzades s'ha generat un debat al voltant d'aquesta qüestió, del que n'hem recollit diferents opinions. D'entrada sembla que tothom coincideix a l'hora de denunciar una **manca de coneixement** sobre el què és salut mental, a nivell general.

"Siempre hablamos sobre la información, pero... a mi me parece que es muchísimo más poderoso el desconocimiento. Porque el desconocimiento, automáticamente, genera miedo, rechazo,... y todos los adjetivos... que se nos ocurran." (4:41)

Tot i així, les contradiccions apareixen quan s'assumeix que tenir informació implica coneixement. D'entrada sembla clar que la difusió d'informació és necessària per a lluitar contra el desconeixement. Però la informació es pot transmetre de moltes maneres, i és aquí on apareixen diferents punts de vista, dels que n'hem extret tres discursos.

Per una banda, algunes de les persones entrevistades insisteixen en què la informació no genera directament coneixement: "tu puedes tener información de tal cosa pero tienes un desconocimiento de eso"<sup>11</sup>. És més, segons en quins contextos i de quina manera es difongui aquesta informació, els efectes poden ser fins i tot perjudicials. Sota aquest punt de vista, el coneixement apareix com a vulnerable, susceptible, en funció de com arriba i quin sigui l'origen de la informació.

D'altra banda, apareix una segona opinió lligada a la influència dels mitjans de comunicació, denunciant una **manca de referents socials** que col·laborin a canviar aquesta imatge desenfocada que es té de les persones afectades per una malaltia mental.

"Jo crec que fan falta referents socials que lluitin contra aquest estigma, que vegin que hi ha una part de la salut mental més sana..." (4:108)

---

<sup>11</sup> (4:76)

Malgrat que aquestes fonts d'informació tinguin un gran poder a l'hora de generar coneixement, sembla ser que no són elements suficients per a reduir la discriminació que pateix la persona.

"Es que el coneixement no té res a veure amb la discriminació o amb la conscienciació. Tu pots saber-te una cançó de pe a pa i no saber qui la canta, saps?" (4:163)

Un tercer discurs proposa obtenir un coneixement més personal, a través de l'experiència, de manera que resulti més significatiu per a la persona.

"Potser el que ajuda més és tenir una **experiència emocional**, que moltes vegades... que és una mica com l'exemple del tabac, que molta gent fuma i qui no sap que la nicotina i... etcètera és perjudicial? Com sap tothom, perquè moltes vegades, fins que no hi ha una certa experiència emocional, més emocional, o més vivencial, d'un fet, de vegades és difícil, per molta informació que tu llegeixis, el poder d'alguna manera copsar quelcom d'aquest fet, i quelcom que pugui fer-te replantejar." (4:104)

És molt interessant veure els efectes que pot tenir una experiència positiva d'aquest tipus, "segurament pot ser molt més ric a nivell de presa de consciència amb una realitat social "x" que no pas llegir-te vint llibres sobre aquella realitat social"<sup>12</sup>. La diferència rau en el paper actiu que pren la persona en la vivència experiencial, com a contraposició a una actitud més passiva que té l'individu quan es tracta de rebre informació sense una implicació directa.

"Al cap i a la fi el que acaba primant és més lo autèntic, lo que un ha pogut integrar dins la seva manera de ser que no pas el llegir molt... molta... molta bibliografia sobre un tema." (4:165)

Quan la informació és integrada en forma d'experiència, la persona estableix un vincle que li servirà de referent. És més, per a poder conèixer a fons i de manera personal quelcom, és necessària aquesta experiència.

"La gent, fins que no ha entrat en contacte amb un afectat de salut mental no sap el que és la salut mental." (3:212)

Malgrat la importància de l'experiència, el contacte no és sempre positiu. Conèixer a una persona que pateixi una malaltia mental no implica directament comprendre la malaltia.

"El fet de que la malaltia mental sigui difícilment visible..., tu et trenques una cama i tothom ho entén, en canvi, tu estàs de baixa per depressió a la feina i hi ha des de el qui dirà «ui, aquest... avui» al qui dirà «aquest té cuento, aquest...» perquè no és una cosa que s'entengui." (4:305)

Observem, en últim terme, que tant les persones que pateixen una malaltia mental com aquells professionals que treballen dins l'àmbit de la salut mental denuncien una manca d'informació i de coneixement a diferent escala, que és tant necessària per al qui pateix la malaltia com per al seu entorn.

---

<sup>12</sup> (4:104)

### 3. Les relacions amb els serveis de salut mental

En aquest apartat passarem a tractar la relació que s'estableix entre les persones usuàries de serveis de salut mental i els professionals d'aquests serveis. Per poder situar aquestes relacions i els diferents esdeveniments que hi tenen lloc exposarem aquest capítol segons els diferents contextos d'interacció d'aquesta relació.

Així, pretenem explicar aquestes relacions inscrites en un context, element que pren una importància vital a l'hora de determinar el sentit i el significat que aquestes prenen. Evidentment, no és el mateix el que es desprèn de la relació quan es tracta de diferents serveis. En aquest capítol comentarem dos contextos amb el que les persones entrevistades han entrat en contacte: les consultes psiquiàtriques i els ingressos.

#### 3.1. Les consultes: una relació de tres.

En aquest punt centrarem la nostra atenció en els relats que ens parlen de la relació que els usuaris mantenen amb els psiquiatres. Concretament, exposarem les interaccions que tenen lloc en les visites i les consultes que realitzen les persones a aquests professionals. Així, principalment, atendrem als relats que parlen de la vivència de les visites, tot recollint els aspectes esmentats en les entrevistes.

El primer que es fa palès són les circumstàncies de tipus més estructurals d'aquesta relació en el context de les consultes. És a dir, com ens comenten, els usuaris i usuàries acostumen a visitar el psiquiatre de forma regular i continuada. Normalment tenen una **freqüència de visites** establerta per a dur a terme el seguiment corresponent a la persona. "Una consulta que vaig cada tres mesos o així, perquè tampoc el temps és molt"<sup>13</sup>. I com també succeeix amb els metges de la seguretat social, **la durada** d'aquestes visites és curta, d'uns quinze minuts com a màxim.

"No, a nosotros nos da una psiquiatra pero, lo que te digo, la psiquiatra tiene consulta y tiene una media de trescientos pacientes por médico, o sea que van de bòlit!" (1:185)

Tot i així, cal remarcar que la freqüència de les visites pot patir canvis segons les necessitats mèdiques que es derivin de l'estat de les persones. "Porque yo, cuando estaba de crisis, me hacían una visita cada quince días, luego... la alargaba hasta dos meses de... de tiempo."<sup>14</sup> I és que, com veiem, no és el mateix l'atenció que es dona en moments de crisi que en moments en els que la persona està estabilitzada.

Així mateix, aquesta figura professional és la que realitza **el diagnòstic** de la persona afectada per una malaltia mental. D'aquesta manera, també és l'encarregada de donar una medicació adequada al diagnòstic, tot tenint en compte la reacció que aquesta provoca sobre la persona. Hem de tenir en compte que el mateix tractament d'una malaltia mental no sempre és l'adequat per a persones

---

<sup>13</sup> (1:158)

<sup>14</sup> (1:500)

diferents. En aquest sentit, durant les diferents visites en què té lloc la relació entre usuari i psiquiatre, aquest últim duu el control i la gestió de l'estat de les persones mitjançant els tipus de medicaments i les dosi. Per aquest motiu, es dona per suposat que les visites al psiquiatre tenen un cert caràcter d'obligatorietat.

"És com l'atur que es va cada mes, doncs jo vaig a complir perquè els meus pares volen que hi vagi. És clar, sé que també ajuda, llavors... amb quines ganes? Doncs si trobes una persona més o menys raonable, com és el cas, hi vas de bona gana" (2:165)

Així, amb el pas del temps, les persones usuàries relaten que es pot construir un **vinde de confiança** amb el psiquiatre. Aquest fet suposa una major fluïdesa a l'hora d'explicar com s'ha trobat un mateix durant el període de temps entre visita i visita. En termes pràctics, també es pot recórrer a experiències anteriors, doncs la relació gaudeix d'una història que serveix als seus dos membres com a referent, en termes de comunicació. El coneixement que té el psiquiatre de la persona engloba experiències passades que poden ajudar a entendre allò que succeeix en el present. De la mateixa manera, aquest vinde de confiança pot donar a la persona usuària una major facilitat per expressar el que està sentint.

"A veure, això ho aconseguixes al cap de molt de temps d'estar en contacte amb el teu psiquiatre. El fet d'estar en contacte i tenir una confiança, que dius «mira, si em prenc això em passa tal, tal, tal...» però clar, si al teu hi vas cada... cada tres mesos, això no passa al cap d'any i pico, dos anys." (1:382)

Aquest fet permet establir un altre tipus de diàleg amb el psiquiatre, de manera que la seva expertesa no comporti l'aplicació de normes inqüestionables sinó que signifiqui més aviat un element que pot ajudar a harmonitzar la medicació a les necessitats pròpies de la persona. "Quan ja tens una confiança amb ell i pots comentar lo de la medicació «ei, que això em va malament, això em va millor, no sé què»."<sup>15</sup> I és que encertar la medicació no és quelcom senzill: cal que s'estabilitzi la malaltia, tot fent-ne desaparèixer els efectes, i cal que la persona tingui una bona reacció, tot minimitzant els efectes secundaris que es deriven de la medicació.

Així, no és d'estranyar que observem relats que, d'entrada, veuen un important problema en **el canvi del psiquiatre** encarregat de fer el seguiment de la medicació i del diagnòstic. Aquest canvi suposa un "començar de zero", haver de tornar a construir la relació de confiança i tornar a explicar les experiències pròpies.

"Quan ja tinc el punt trobat amb la psiquiatre me la canvien, perquè se'n va a un altre lloc, o la traslladen o... la canvien. I clar, aquests quatre anys que t'has estat treballant, tu, una relació per a dir-te «ei, que... controla'm això, això m'ho has de controlar perquè...» els quatre anys o cinc anys a la merda." (1:538)

Allò que ja es podia donar per suposat en la relació amb el professional, com els hàbits quotidians, la relació amb la família o determinades problemàtiques amb la medicació, hauran de tornar a ser explicitats com a elements referents de la relació. Parlem, concretament, d'aquells aspectes que van més enllà de la història

---

<sup>15</sup> (1:382)

clínica que es transmetrà entre els professionals, d'aquell coneixement i dinàmiques que s'han anat consolidant en la interacció entre les dues persones.

Un altre canvi que es manifesta com a problemàtic és el que afecta al diagnòstic. "Primer esquizofrènic, després bipolar, i després no sé què. M'han dit de tot, bipolar, esquizofrènic, o sigui... m'han dit de tot."<sup>16</sup> Com ja hem vist, el diagnòstic juga un paper molt important sobre la identitat de la persona. Aquest apareix com un element explicatiu, en termes mèdics, del que li succeeix a un mateix i, per tant, **el canvi de diagnòstic** també comportarà, en cert sentit, un canvi per a la pròpia identitat.

Amb el canvi de diagnòstic, quelcom d'un mateix que es representava com científicament objectiu –allò que afecta la persona– es modifica sense que aquesta hagi d'haver detectat res de nou o diferent en el seu dia a dia. Aquesta diferència entre allò que es diagnostica i allò que s'experimenta comportarà un important grau de desconcert en la persona, atès que el que servia per explicar-se una part d'un mateix ha canviat sense que la pròpia experiència vital de la malaltia hagi canviat.

A més a més, si el diagnòstic és l'eina que té el psiquiatre per orientar el tractament farmacològic, el canvi també pot suposar una modificació de la medicació. Aquest fet que significarà realitzar de nou un treball per harmonitzar el medicament i la persona. I és que la medicació i la seva gestió és un dels punts que es relata com a més controvertits en la relació que es desplega entre el professional i l'usuari. Vegem-ho a continuació.

### 3.1.1. La medicació: el tercer element de la relació.

Un dels punts més conflictius que es relaten en la relació entre usuaris i psiquiatres és l'administració de medicaments i els seus efectes sobre la persona. Per una banda, es relata que la medicació té un paper molt important en la desaparició dels símptomes de la malaltia mental. La medicació ajuda a crear un marc d'estabilitat en relació a les crisis.

"«Llavors no caldria que prenguessis res» i vaig estar una temporada sense prendre res i vaig recaure". (2:82)

Com en el cas de les persones diabètiques, la medicació esdevé quelcom que forma part de la rutina de les persones per tal de mantenir un cert equilibri en l'organisme. Ara bé, a diferència de la insulina, la medicació en salut mental no presenta una dosi exacta predefinida.

En primer lloc, cal realitzar un treball per anar adaptant la dosi als efectes que provoca el medicament sobre la persona, tant sobre els efectes desitjats com sobre els efectes secundaris. En segon lloc, és necessari un període de prova per tal de veure quina és l'adaptació de la persona davant de les diferents dosis del medicament. En tercer lloc, cal tenir en compte fins i tot les reaccions individuals i contextuals davant el canvi de la pròpia medicació, atès que no hi ha un únic tipus de medicament a l'hora de tractar un tipus concret de malaltia. En resum, és molt

---

<sup>16</sup> (1:61)

important d'encertar **el tipus de medicament i les dosis** adequades per a la persona.

"Y dices «bueno... no?» para que estés... que te la acierten y que te acierten la dosis, porque estás en la medicación tienen sus efectos secundarios. Y a mí como te digo, que se me curó con bastante facilidad y en seguida reacciono. A los efectos secundarios también soy muy sensible, y también lo paso muy mal, y hasta que no... los efectos secundarios no los han sabido controlar, también lo he pasado... me he sacrificado porque he visto que me quitaba los delirios, pero por otro lado hay momentos que es que dejarías de tomar la medicación por los efectos secundarios." (2:268)

I, és en aquest punt –en la cerca per trobar l'equilibri entre l'estabilització de les crisis i els efectes secundaris que viu la persona– en què es relata el major moment de controvèrsia entre el psiquiatre i l'usuari. Per una banda, es relata que el psiquiatre prioritza l'**estabilització** i la desaparició dels deliris: "Ellos tienen muy claro el que es la medicación i tot el que fa, i aleshores, si troben que està bé, la resta ja està bé."<sup>17</sup> Per una altra banda, l'usuari ressalta la importància de poder continuar portant una vida normal, que impliqui poder seguir desenvolupant les seves responsabilitats quotidianes sense que **els efectes secundaris** de la medicació l'incapacitin. "Y menos mal que me ha hecho caso. Pero... me costó pues vómitos, encontrarme mal y estar que no podía hacer vida normal, ni ir a comprar, ni prepararme la comida."<sup>18</sup> Finalment, el que és inevitable és que aquest tema s'acabi parlant en les visites, tot buscant una forma de conciliar l'experiència de la persona i els requisits mèdics d'estabilitat.

Ara bé, les persones entrevistades entenen com a problemàtica la manera **com es plantegen i comuniquen** determinats temes, així com algunes de les **actituds** que pren el psiquiatre en relació a les demandes de les persones afectades vers la medicació. Els efectes secundaris, que són quelcom que es relata com un element fortament incòmode, incapacitador i molest, no sempre són motiu suficient de canvis en el tractament mèdic pel psiquiatra. "I et diu que t'has d'aguantar amb els efectes secundaris, doncs t'has d'aguantar amb els efectes secundaris;"<sup>19</sup> I són aquestes negatives per canviar les dosis o el tipus de medicament les que prenen el sentit de menys valoració de les pròpies percepcions o de les vivències personals en relació al medicament. Aquest sentiment es fa especialment rellevant quan el *feedback* que rep la persona no contempla la seva pròpia experiència.

"Entonces, escúchame a mí... escúchame lo que te estoy pidiendo, o las contraindicaciones de los medicamentos, léetelas antes de dármelas, que te estoy diciendo que me da estos efectos secundarios. «No, no, te lo has de seguir tomando porque los efectos secundarios no son importantes». No, sí que son importantes..." (1:149)

La negació de la importància dels efectes secundaris o els arguments basats en l'autoritat mèdica provoca un gran malestar i una profunda sensació d'imptència en les persones entrevistades. Aquesta sensació es multiplica en els casos en què ja s'ha donat un temps per veure si l'organisme s'adaptava a la medicació i el

---

<sup>17</sup> (2:167)

<sup>18</sup> (1:440)

<sup>19</sup> (1:378)



malestar continua manifestant-se. En el cas que ens ocupa, medicar-se ha d'implicar forçosament una incapacitació a nivell personal o social?

"O sea, que te escuchen y te den tiempo, ¿no? O sea, tiempo... me refiero en el sentido de que... tú les das un tiempo tomando la medicación, pues que ellos también te den tiempo a que a lo mejor no necesitas tanta medicación."  
(1:464)

Tot i que no pretenem generalitzar, sembla que les mancances amb les formes de comunicació i el tracte amb el pacient sembla ser un dèficit molt present en aquesta relació que es manifesta clarament en les entrevistes. A més, en moltes ocasions aquest dèficit comunicatiu acostuma a associar-se a la malaltia mental.

"Pues que en su momento nos escucharan, como escucharían a un paciente que llevara un problema de hígado, un problema de una neumonía, un problema de una cosa normal. No porque sea un enfermo mental le escuchen menos." (1:458)

És a dir, que el fet d'estar patint una malaltia mental s'argumenta com el causant del fet que no es faci cas a les demandes que se li fan al psiquiatre. Les persones entrevistades entenen el sentit de menysvaloració que comentàvem anteriorment com a un prejudici cap a la persona pel fet de patir una malaltia mental. En aquest cas, els usuaris i les usuàries entrevistades semblen no tenir en compte que aquests mateixos problemes comunicatius poden succeir en qualsevol relació entre els professionals sanitaris i el gruix dels seus pacients, sigui quina sigui la seva afecció.

Per finalitzar, comentarem un aspecte que es relaciona tant amb la controvèrsia entre l'estabilització i els efectes secundaris com amb els problemes comunicatius que acabem d'esmentar: l'**automedicació**. Les persones entrevistades relaten pràctiques d'autodosificació dels medicaments, atenent al propi estat en relació als efectes secundaris. Abans de continuar, cal matisar que aquestes pràctiques només les hem detectades un cop ja fa temps que la persona segueix un tractament mèdic. Així, per tal de reduir certs tipus d'efectes, les persones entrevistades comenten haver disminuït minuciosament la dosi receptada pel psiquiatre. Així, tot i que ens trobem davant una pràctica que pot comportar elevats riscos, també es relata en moltes ocasions que aquest fet comporta una disminució dels efectes secundaris. Tot i això, aquesta és una pràctica que provoca un important temor, atès que la persona sempre s'exposa a una crisi i, per tant, a un possible ingrés, una situació detestada per les persones entrevistades.

### 3.1.2. La medicació com a epicentre de la relació

Fins ara, tots els relats que ens expliquen una demanda d'atenció estaven centrats en la controvèrsia per ajustar la dosi dels medicaments. Tanmateix, hem observat que aquesta demanda d'atenció va més enllà dels temes referents a la medicació. Les persones entrevistades despleguen un seguit de comentaris, en el sentit de dèficit, orientats a la mateixa **dinàmica de les visites**.

"Porque si explicas los problemas, que haya una comprensión entre ambos, que no haya una barrera, pero es que al mío no le puedes hablar abiertamente..." (1:109)

I és que les persones entrevistades plantegen que existeix un dèficit d'atenció en relació als problemes que constitueixen el dia a dia de les persones. S'expressa la sensació que les preocupacions o les inquietuds amb les què la persona arriba a la visita no reben el tracte que es desitjaria: "Sí, parece que se quieren olvidar de ti, da esa sensación."<sup>20</sup> Com en el cas del medicaments, les respostes del psiquiatre prenen un sentit de menysvaloració. Així mateix, en d'altres ocasions es demana una major implicació del psiquiatre, davant de la qual ens trobem relats que exposen "que después de veinte años que me trata yo siento mucha frialdad en la relación, de nosotras, cuando yo le hablo."<sup>21</sup> Tot i que hem parlat de la construcció d'una relació de confiança, en moltes ocasions es reclama una certa implicació afectiva, és a dir, una major proximitat en el tracte i amb el que la persona prova de comunicar.

Dit això, es fa necessari atendre a quines són **les expectatives**, en el context de les visites, que les persones entrevistades dipositen en la relació amb el psiquiatre. Conèixer què és allò que s'espera de la consulta ens permetrà entendre per què la relació pot prendre aquest sentit de menysvaloració o de falta d'implicació. En aquest sentit, hem trobat dues formes d'entendre com ha de ser aquesta relació. Per una banda:

"Yo creo que vas a... a encontrar algo positivo, y dejar allí la mochila y toda la energía negativa que llevas, dejar allí todo tu muerto y irte llena de cosas mejores, de cosas buenas, para relacionar en tu vida, los consejos que te da la doctora o tal, ¿no? Irte lleno de cosas buenas y dejar ahí todo el rastro que traes malo." (2:159)

Si aquestes són les expectatives, és fàcil de comprendre que en aquelles ocasions en què el psiquiatre no desenvolupi aquesta funció s'expliciti un dèficit en la relació acompanyat d'un sentit de menysvaloració. A més, aquesta sensació serà més intensa com més marcada estigui per la distància professional. Ara bé, el que ens hem de preguntar en aquest punt és: són les visites o les consultes el lloc adequat per mantenir aquest tipus de relació?

Per respondre a aquesta pregunta posarem l'atenció en dos aspectes. En primer lloc, cal parar atenció en quin és el context en què es dona aquesta relació. Recordem que les visites tendeixen a ser breus i molt espaiades en el temps: "Pues eso no tiene nada de normal, diez minutos cada tres meses, eso es entrar a decir «hola» y a decir «adiós», no tienes tiempo de nada más."<sup>22</sup> Aquest fet dificulta la realització d'un treball de caire més terapèutic, on l'escolta activa hi pugui tenir un lloc privilegiat.

En segon lloc, hem de recordar que la tasca del psiquiatre s'orienta cap al control del tractament mèdic. Per això, no és d'estranyar que tot diàleg o conversa que es dona en l'espai de la consulta tendeixi a ser traduïda amb aspectes referents a la medicació. És a dir, a partir dels relats de les persones entrevistades veiem com la

---

<sup>20</sup> (1:197)

<sup>21</sup> (2:98)

<sup>22</sup> (1:494)

conversa i l'escolta són la eina que té el psiquiatre per determinar si el tractament farmacològic està funcionant.

"No se le puede hablar así porque te cambia la medicación, a mi me ha pasado (...) me la quitó, me dio Disperdan, me quería poner una inyección y digo «pero si yo estoy muy bien, pero si no me pasa nada», y entonces bueno, me han vuelto ahora a Cipresa diez miligramos, una por la noche y ya está, ¿no?" (1:113)

Així, veiem una gran distància interpretativa entre les expectatives de la persona i l'orientació que el psiquiatre dóna a les visites, fet que potencia encara més les possibles dificultats comunicatives que poden emergir de la relació entre ambdós. Aquesta distància interpretativa, a més a més, pot tenir unes conseqüències que recaiguin més sobre el tractament farmacològic que no pas sobre l'atenció i l'escolta que demana la persona.

D'altra banda, quan les expectatives se centren en temes més relacionats amb la medicació i amb la seva gestió, trobem que les visites prenen un altre sentit.

"Bé, sí, les expectatives... si em pujaran la medicació, si me la baixaran... També la preocupació, no? de si me la pugen, per tots els efectes secundaris..." (2:169)

La persona ja no espera trobar un espai dedicat a l'atenció de les seves problemàtiques o inquietuds personals. En aquest cas, la interpretació vers el sentit de la sessió és més o menys compartida, permetent una major coincidència entre els dos membres de la relació del que es pot esperar i aconseguir en les visites. Aquest fet evita una major complexitat comunicativa i facilita un major enteniment mutu.

"Bé, jo penso que tampoc s'ha de parlar gaire, no? Jo... el meu psiquiatra em dóna indicacions i ja està, i llavors està bé. (...) Però amb el psiquiatra aquest sí, perquè ens hem de veure sovint i hi ha bona relació, i ell m'indica, però... en fi, tampoc necessito que em dongui moral, m'entens? Amb quatre paraules ja... m'està bé que sigui curta la sessió." (2:129)

Aquest fet, però, no suposa que es segueixi reclamant un espai en què la persona pugui treballar les seves problemàtiques personals. És a dir, independentment de les expectatives que es dipositen en les consultes o visites al psiquiatra, les persones entrevistades demanden un altre tipus de relació diferent a l'estríctament mèdica o farmacològica.

"Pero yo necesito, además de un soporte psiquiátrico sólo para la medicación, necesito un apoyo psicológico porque tengo muy... tengo baja la autestima, tengo muchos miedos, estoy enfrentándome al mundo laboral, que tengo varios psicólogos que me están ayudando, pero no es lo mismo tener un psicólogo para el trabajo que tener un psicólogo para tus cosas personales." (3:225)

Un lloc on la conversa i l'escolta siguin una eina de **treball terapèutic** orientat a millorar la qualitat de vida de la persona. Es relata la necessitat de poder realitzar teràpia per, finalment, donar un lloc íntim als propis pensaments i sensacions.

"Hombre, en la terapia... si puedes hablar de tú a tú, como tú has dicho, y con confianza, puedes expresar cosas que te están pasando, o que te han

pasado, y que con determinadas personas no puedes hacerlo, con amigos íntimos sí, entonces para mí sería un psiquiatra o un psicólogo sería algo más que un amigo íntimo, o sea, mucho más porque evidentemente se supone que tiene una serie de conocimientos para darte o medicación o guiarte en una terapia" (1:131)

Com ens relaten les persones entrevistades, aquesta demanda no és quelcom nou, "llevo diez años solicitando un psicólogo"<sup>23</sup>. La demanda d'un espai terapèutic es representa en la figura del psicòleg, com el professional encarregat d'oferir aquest espai d'intimitat. Així, ja sigui perquè les possibilitats que ofereix la xarxa de salut mental o per les possibilitats econòmiques de la persona, el fet és que no és habitual que les persones afectades per una malaltia mental tinguin accés a altres serveis terapèutics.

En definitiva, com ja hem dit, la medicació esdevé un element important per a l'estabilització de les crisis. Tot i això, el tractament farmacològic no acabaria de donar resposta a les necessitats que relaten les persones entrevistades.

### 3.2. Els ingressos psiquiàtrics, l'entrada al cinquè món<sup>24</sup>?

Un altre context molt comentat a les entrevistes és el que fa referència als espais en què són ingressades les persones quan pateixen una crisi. En genèric parlem de les institucions psiquiàtriques, tot i que normalment els relats es refereixen a hospitals, ja sigui dins la unitat de psiquiatria o en un hospital psiquiàtric pròpiament.

L'ingrés en un moment de crisi és vista pràcticament com l'entrada a un *altre món*. L'experiència d'un ingrés és quelcom que no s'oblida i, a més, acostuma a estar associada a la vivència d'una crisi. És per això que la gran majoria de comentaris sobre aquesta primera experiència –sobre el que un ingrés representa per la persona– tenen un to negatiu.

"Yo, el hospital, encuentro que... que sólo si es estrictamente necesario entrar, porque, a veces, sales peor de como has entrado. Y luego todo lo que allí tu... absorbes, es ficticio, o sea, es como una película que te pasan y que luego... luego no es la realidad, o sea, lo ves todo distorsionado" (2:211)

A més, l'ingrés no sempre es realitza de manera voluntària, fet que per ell mateix situa l'acció en un plànol de conflicte. **La pròpia voluntat** pot ser posada en *quarantena* degut als efectes de la crisi.

"Home, si tu voluntàriament vols ingressar és que ho necessites, segurament. Ara, involuntàriament, a no ser que estiguis delirant... que també pot passar... Jo estava delirant, i no em van ingressar, i quan em van ingressar no estava delirant, estava absolutament conscient, i va ser involuntari. Això... no sé, és una cosa que no la puc entendre." (2:227)

---

<sup>23</sup> (3:225)

<sup>24</sup> Ens sembla interessant l'expressió "cinquè món" per a tractar de comprendre les institucions psiquiàtriques com un espai singular, a on s'hi donen unes condicions socials que es contraposen a l'estat de benestar associat al 'primer món'. Concretament, l'anomenem cinquè món per posar-lo després del que en alguna àmbits s'anomena el quart món, referit a als contextos de pobresa en els països econòmicament benestants.

Quan les decisions pròpies ja no són tingudes en consideració –com acostuma a passar en el cas dels infants– la persona se sent desorientada. El desenvolupament dels esdeveniments personals estan sotmesos a les decisions d'una altra persona. La pròpia relació amb la realitat, de sobte, es veu mediada per la mirada de l'altre.

Llavors, en principi, es relata que **l'objectiu de l'ingrés** consistiria en fer sortir la persona de l'estat de crisi. Per això s'entén que hi hagi d'haver un tractament psiquiàtric i farmacològic orientat a estabilitzar a la persona fins que aquesta ja pugui retornar al seu context habitual. Ara bé, aquesta no és la impressió que les persones s'emporten de l'experiència de l'ingrés.

“Jo per això, tinc que dir que tu quan vas a un hospital general, en principi tens la impressió de que vas per a curar-te, i que vas millor per a què et cuidin, no? i també tinc que dir i aquesta impressió no... o sigui, no és... no vas allà per a curar-te, bé... a no ser que a base de palls doncs t'hagin de curar, però no dóna la sensació d'hospital en aquest sentit, de que estiguis millorant.” (2:201)

S'explica que l'ambient d'aquestes institucions no és molt agradable per a la persona. En ocasions es descriu, de fet, com “molt terrible, molt depriment.”<sup>25</sup> Tant és així que, a l'hora d'explicar **l'experiència d'ingrés** moltes persones no poden diferenciar si l'estat i les vivències de malestar que patiren eren fruit de la mateixa crisi o bé de les característiques i dinàmiques de la institució, “perquè ja l'ambient genera més malaltia de la que hi ha realment, la gent es posa fatal, només posar un peu allà, es posa fatal...”<sup>26</sup> Per una banda, l'estructura de la institució, la seva arquitectura i organització interna, s'expliquen com s'hi d'una presó es tractes, “o sea, todo cerrado, todo bajo mano, todo esto y... vigilada, y controlado todo y... de una manera que te sientes que dices «Madre mía! Pero dónde estoy? Dónde estoy metida yo?»”.<sup>27</sup> Aquest fet provoca desconcert, atès que, si el que s'espera d'aquest lloc és un treball per la recuperació, com és que s'assembla més a una presó que a un balneari?

Per una altra banda, les relacions que s'estableixen dins d'aquestes institucions estan molt marcades per l'aïllament social. La persona pot rebre poques visites i, tot i estar constantment vigilada i en companyia d'altre, es troba sola.

“La persona que tengas más cerca te haga un abrazo. Yo, cuando mi hermana me ingresó, en... o sea, en el psiquiátrico, lo que estaba necesitando es que alguien se metiese en la cama conmigo y se abrazase a mi, simplemente eso.” (1:560)

A més, les persones entrevistades esmenten que la gran majoria dels seus actes estan constantment sota una mirada que tendeix a atribuir al deliri o als efectes de la malaltia qualsevol tipus de comentari o de demanda.

Per finalitzar, la incertesa és un fenomen que envolta els ingressos en aquestes institucions. Hem de tenir en compte que tan pel que fa a les crisis com a les característiques de la institució, l'ingrés suposa una situació singular de

---

<sup>25</sup>(2:197)

<sup>26</sup>(1:193)

<sup>27</sup>(2:614)

desorientació i de desconeixement. En aquestes institucions, com si d'un deliri mateix es tractes, "saps quan entres però no saps quan surts, o sigui que..."<sup>28</sup>.

#### 4. El paper del grup

Un cop descrit detalladament el procés que viu la persona, des de la mateixa aparició de la malaltia fins a la relació que estableix amb el seu entorn i amb els diferents agents de salut mental, és important ressaltar les diferents referències observades al paper que juga el grup de iguals en tot aquest procés.

El fet de pertànyer a un grup o d'estar associat a un col·lectiu té importants efectes, d'entrada, per a la persona que en forma part i, també, de cara a la societat en la que funciona el col·lectiu. Cal assenyalar que les persones entrevistades en aquesta recerca estan vinculades a un mateix col·lectiu, l'Associació d'Usuaris de Salut Mental (ADEMM).

D'entrada podem dir que el grup és un element molt rellevant per a **compartir experiències**, emocions i pensaments.

"Es que reúnes a una serie de individuos que tienen una enfermedad, diferentes entre sí, y compartes experiencias, y eso... pues a veces pues te hace ver de que hay gente que está peor que tú, hay gente que está mejor que tú..." (1:201)

La persona que té l'opció d'**expressar i compartir** allò que està vivint amb d'altres persones que experimenten situacions similars té la possibilitat d'adonar-se que allò que li succeeix i l'angoixa no és una sensació única i particular. El fet de posar en comú un seguit de dubtes i d'inquietuds ajuda la persona "a sentir-te recolzat en els altres i veure que lo que et passa a tu no només et passa a tu, te'n dones compte de què als altres també els hi passa, te sens recolzat."<sup>29</sup> El grup ajuda, doncs, a què la persona, en la vivència de la seva malaltia, no se senti tan estranya, diferent o perduda.

Per la mateixa raó, degut a què possiblement la resta de persones del grup es troben en circumstàncies semblants, allò que expressi la persona probablement serà acceptat per la resta amb naturalitat i comprensió. El fet de posar en comú aquestes sensacions també permet a la persona **reflexionar** sobre allò que li està passant, més enllà de la seva pròpia experiència, ja que pot prendre com a referència les vivències de diverses persones.

En aquestes circumstàncies, la persona pot observar, alhora, si les seves inquietuds són compartides de manera comuna o si bé són interpretades o viscudes de manera diferent per la resta de companyes i companys. Podríem dir que en el context de grup s'obre un camí per a poder prendre distància d'una circumstància personal. I aquesta distància permet objectivar les vivències dins d'un context o una situació determinada, i per tant establir noves formes de gestió d'allò que s'està vivint.

---

<sup>28</sup> (2:661)

<sup>29</sup> (1:662)

Paral·lelament, l'experiència grupal permet reduir o eliminar la sensació de perjudici i d'estigma que recau en moltes de les persones afectades per un problema de salut mental. En un grup d'iguals, les diferències que puguin existir no són percebudes com una amenaça, sinó que queden incloses en un sentiment col·lectiu de pertinença.

“En un grup en el qual doncs sí que hi ha una empatia, perquè no cal que tots siguin esquizofrèncics o tots bipolars, no... però sí, al menys, al voltant del mateix problema. Almenys et treus de damunt la discriminació de «ui, jo no diré que soc tal perquè sinó em miraran malament.» (3:249)

La possibilitat de compartir, de poder expressar-se lliurement i amb complicitat, de ser escoltat sense cap mena de discriminació, i veure que la gent amb qui es parla passa per situacions similars, pot tenir un efecte molt positiu sobre la persona. Podem dir, doncs, que el sentiment de pertinença en un grup té un **efecte integrador** de la persona en el seu entorn o comunitat.

“En nosaltres hi ha hagut com una mena de regeneració com a individus.” (3:249)

Com hem vist, formar part d'un grup permet a la persona comparar-se amb la resta d'individus, com a persones actives dins d'una comunitat, i així donar un lloc a la pròpia singularitat com a membre d'un col·lectiu. “De alguna forma te ajuda a no estar marginada, y a decir «bueno, eres un enfermo de salud mental pero ante todo eres un ser humano».”<sup>30</sup> Quan es percep que allò que se sent i es pateix no és tan diferent de la resta, la mateixa persona no se sent ni tan sola ni tan exclosa.

Si el fet de formar part d'un grup o col·lectiu facilita aquest efecte d'inclusió social de la persona, un segon efecte és el **paper actiu** que pot prendre aquesta persona dins del grup. Per a que el grup funcioni i aconsegueixi els objectius que es proposa necessita la participació activa dels individus que el formen. Prenem com a exemple de grup l'Associació d'Usuaris de Salut Mental (ADEMM).

“Como en ADEMM todos somos usuarios, pues se supone que cada uno en su nivel pues podremos aportar nuestro granito de arena para que sea todo eso escuchado, y al final poderlo ir cambiando... o modificándose, para que todos estemos mejor.” (1:618)

Tanmateix, la funció de les associacions va més enllà del foment de la inclusió i la participació dels individus que en formen part. El col·lectiu, a més, promou la integració i l'acció del grup en la comunitat, ja no com a individus aïllats sinó com a moviment dins la societat. I aquest fet és important per dues raons: la primera és que les idees i les necessitats de les persones adquireixen un poder diferent quan és un col·lectiu qui les manifesta. Un **discurs procedent d'un col·lectiu** té molt més ressò i impacte social que no pas si prové d'una sola persona. Així doncs, la via associativa permet a les persones visibilitzar i denunciar aquelles problemàtiques o incidències que afecten a tot el col·lectiu.

“E: ¿Qué puede hacer ADEMM para que estas cosas mejoren? Como asociación...”

---

<sup>30</sup> (1:630)



P4: Pues que se enteren los médicos de todas estas opiniones que tenemos, que se paren entre los médicos, entre los profesionales, que lo sepan, ellos, porque si no lo saben ellos y sólo lo sabemos nosotros... no hacemos nada."  
(2:506)

La segona raó la trobem en la forma per la qual aquestes necessitats es tornen visibles. Parlem, doncs, d'**accions col·lectives**. És important situar aquest poder que adquireix el grup com a efecte transgressor, ja que permet intervenir i modificar una realitat social a través d'aquestes accions col·lectives. Alhora, permet relacionar-se de manera directa amb altres agents socials, de manera que no és una sola persona la que lluita contra una situació, sinó que és un grup.

"Presentarse en escuelas de enfermería, presentarse en conferencias, en charlas y en todo esto, para de alguna forma, o por ejemplo el estudio este que estais haciendo ahora, para reclamar o para que... que haya una queja, y no de uno o de dos, como nos pasa aisladamente, sinó de grupo, que estamos requiriendo pues eso..." (1:618)

Per una altra banda, el col·lectiu agrupa els discursos de les persones que integren el grup en una sola veu que els representa en la realitat social. El col·lectiu, doncs, també fa la **funció de referent**. Com comenta una de les persones entrevistades, "està bé que hi hagi una veu que ens representi, no?"<sup>31</sup> En aquest cas, l'associació és un referent per a les persones que en formen part i esdevé un espai on cercar recursos, plantejar dubtes o fer propostes. I és també un referent de cara a la societat, ja que és l'eina per la qual es difonen aquests dubtes, idees i propostes de cara a una població que no té per què estar assabentada de les necessitats d'aquest col·lectiu.

"Jo penso que ADEMM ha d'existir, perquè sí, perquè és com una mena de sindicat, que estem sindicats, els malalts, i ha d'existir, i ningú es planteja si la psiquiatria ha d'existir, això és una pregunta que no es fa. Ha d'existir, per què? Perquè tothom té el seu gremi, i llavors ha d'existir." (2:574)

Podem concloure, doncs, que el fet de formar part d'un grup no només té efectes sobre la persona, sinó que també té importants efectes socials. En primer lloc, ajuda a la persona a situar-se en un context de desorientació, com podria ser el moment en què apareix la malaltia, una situació de crisi, o bé la presa de contacte amb els diferents agents de salut mental, tal i com hem descrit en els capítols anteriors.

Paral·lelament, el grup també satisfà la necessitat de comprensió i acceptació que té la persona, i possibilita un espai en el que aquesta pot expressar-se lliurement. I en segon lloc, introdueix la veu d'una pròpia col·lectivitat en una realitat social, tot facilitant que la comunitat conegui les necessitats referents a salut mental que, d'entrada, li poden ser alienes i desconegudes. Es tracta d'una denúncia a la societat sobre aquells aspectes que no funcionen i que són perjudicials per al grup a través d'una pràctica col·lectiva que és capaç de canviar aquesta realitat precisament perquè n'és protagonista.

---

<sup>31</sup> (2:574)



## 5. Consideracions i orientacions pràctiques.

En aquest últim capítol aportem un conjunt de reflexions i propostes orientades a donar resposta a les principals problemàtiques i necessitats que hem detectat al llarg de la recerca. Les aportacions que desenvoluparem a continuació es desprenen de l'anàlisi dels relats de les persones entrevistades.

Hem d'entendre que aquestes aportacions prenen sentit en els contextos singulars que hem desenvolupat al llarg de l'informe. Tot i així, es pot donar el cas que alguna de les propostes tingui un sentit *transversal* a aquests contextos, és a dir, que el seu camp d'acció o desenvolupament transcendeixi el context concret en què es dona la relació entre els usuaris i els serveis de salut mental.

### 5.1. Necessitat d'una informació significativa.

Degut a la demanda constant expressada en les entrevistes realitzades, el primer punt a què volem donar especial èmfasi és al paper que juga la informació per a la persona que pateix una malaltia mental. Aquest paper que té la informació l'hem ubicat en relació a tres circumstàncies.

En la primera, fem referència al moment en què s'estableix el primer contacte amb els professionals de salut mental a causa de l'aparició de la malaltia mental. En la segona, parlarem de la importància persistent d'aquesta informació de cara a les diverses necessitats que pugui tenir la persona al llarg de la seva convivència amb la malaltia mental. I en la tercera, mostrem la necessitat que també té la família i l'entorn de la persona de rebre aquesta informació.

#### 5.1.1. El coneixement com a recepta.

Reprenent les circumstàncies que envolten l'aparició dels símptomes, descrites anteriorment, ens volem centrar en el moment en què la persona acudeix als serveis de salut mental, ja sigui de manera voluntària o involuntària. Com ja hem vist, aquest moment és especialment delicat. Les persones entrevistades han denunciat reiteradament una manca d'informació. Existeix la necessitat de rebre aquesta informació de manera precisa i personalitzada, de tal forma que s'ajusti a les necessitats en el moment en què entra en contacte amb els serveis de salut mental. Constatem, així, que l'ajuda i el suport que es pugui rebre en aquest moment resulta transcendental per a la persona.

En aquest sentit, doncs, **cal que l'acollida i la informació que s'ofereix en la irrupció de la malaltia mental sigui significativa per a la persona que viu aquesta situació.** Per a que la informació sigui significativa, la persona ha d'entendre aquesta informació i, a més a més, aquesta ha de ser-li útil. Per que la informació sigui comprensible ha de ser transmesa en un llenguatge clar i fàcil d'entendre. I per que pugui ser útil i profitosa per a la persona, se li ha d'explicar detingudament la situació per la que està passant per tal de disminuir la seva

angoixa, i transmetre també què és el què pot passar i de quines opcions disposa en aquell moment determinat. **La informació serà clarament més significativa per a la persona si aquesta prové d'un igual**, és a dir, d'algú que pugui actuar com a referent per a la persona.

Com també hem comentat anteriorment, **la informació experiencial o emocional resulta més propera i més rellevant per a les persones que no pas una informació més tècnica o expressada en termes exclusivament mèdics**. Així, la informació experiencial hauria d'anar acompanyada d'una explicació mèdica que fes referència als símptomes, als efectes de la malaltia, a possibles temptatives de solució o tractament, a com es durien a terme les diferents alternatives, etc.

Creiem, doncs, que seria interessant la creació d'un equip d'atenció immediata, en aquest moment de crisi i de necessitat d'informació, que conjugues la informació mèdica amb un tipus d'informació de caire experiencial. Aquest equip podria estar format per un professional i a l'hora per un usuari de salut mental, el qual hagués passat per una situació similar. Això permetria que la persona rebés una atenció professional juntament amb l'atenció d'una persona, que havent viscut experiències similars, pot reconèixer necessitats que escapen del coneixement tècnic, més centrat en aspectes mèdics.

D'aquesta manera, **cal que l'atenció en moments de crisi compensi l'actual estructura que ofereix la xarxa de salut mental amb una acollida que tingui com a principal objectiu el benestar de l'entorn i de la persona, tot oferint-li coneixements, consells i acompanyament per fer front a la situació en què es troba**.

### 5.1.2. La gestió d'una nova realitat.

Cal remarcar, no obstant, que la informació de què parlem segueix sent molt important per a superar les diverses necessitats de la persona un cop s'ha superat la irrupció de la malaltia. L'experiència de la malaltia mental és quelcom que segueix requerint l'atenció a unes necessitats singulars en les què el paper del coneixement té un paper rellevant. No es tracta d'un coneixement qualsevol: aquest ha de permetre que la persona pugui seguir sent autònoma i pugui continuar desenvolupant el seu projecte de vida. **La mateixa persona ha de tenir un paper actiu en la gestió de la malaltia que també estant duent a terme d'altres agents socials**.

En aquest punt, **és recomanable que el mateix equip que ha ofert acollida a la persona en el primer moment segueixi orientant-la després, durant el curs de l'experiència de la malaltia**. Així, oferint el mateix tipus d'atenció i coneixement orientat a afrontar aquelles necessitats específiques que siguin rellevants en aquell moment per a la persona. Ens referim a situacions com un canvi de diagnòstic, un canvi de medicació o una nova crisi, per exemple; situacions que poden suposar un important problema per a la persona.

### 5.1.3. El context familiar.

Cal afegir que aquesta informació és tant necessària per a la persona que pateix la malaltia mental com per als seus familiars o el seu entorn més proper. Com hem vist anteriorment, la família juga un paper important en la manera que té la persona d'acceptar i gestionar la malaltia. En els relats de les persones entrevistades, apareix sovint que la família no sap com reaccionar a aquesta situació i sovint no proporciona ni el recolzament ni la comprensió que desitja la persona afectada. Així doncs, també **es fa necessari un treball informatiu i referencial per a la família, orientat a situar-la davant una nova realitat i a oferir-li pautes d'actuació davant l'experiència de la malaltia mental.** Llavors, la família tindrà la possibilitat de desenvolupar un paper actiu i de col·laboració amb la persona afectada. I és que, podem dir que aquest treball vers la malaltia mental pot tenir dos efectes en el context familiar. D'entrada, **el treball informatiu ajudarà a difuminar els prejudicis que puguin existir sobre la persona que pateix una malaltia mental.** I en segon lloc, **el treball referencial oferirà un espai en què les persones puguin verbalitzar i donar sentit a la nova realitat familiar.** Un fet que ajudarà a minvar el sentiment de culpa que pugui sorgir en relació als importants canvis que estant vivint, tan per part de la persona com per part de la família.

### 5.2. El sentit de la medicació.

Una de les demandes bàsiques que apareixen en l'informe és la necessitat de conciliar els beneficis que aporta la medicació i els efectes secundaris que es deriven d'aquesta.

Atenent a les descripcions de les vivències dels efectes secundaris de la medicació podem dir que aquests juguen un paper fonamental perquè la persona pugui autogestionar el seu dia a dia. Si no es tenen en compte les necessitats quotidianes de les persones a l'hora de dur a terme un tractament de la malaltia mental, aquest pot esdevenir tant incapacitador com els mateixos símptomes que es volen eliminar. És a dir, si degut als efectes secundaris del tractament farmacològic una persona veu dificultat el desenvolupament de les seves pròpies capacitats, llavors **els efectes psicosocials de la medicació esdevenen un símptoma més de la malaltia mental.**

Pel contrari, si el tractament farmacològic té en compte el pes dels efectes secundaris en el desenvolupament de les capacitats i responsabilitats quotidianes de la persona, llavors **els efectes psicosocials de la medicació esdevenen una via d'empoderament davant una malaltia mental.**

### 5.3. El significat de la cura.

La controvèrsia vers els beneficis de la medicació i els efectes secundaris ens duu, inevitablement, a la necessitat d'atendre a quina és la concepció de cura que sosté cadascuna de les opcions que determinen el sentit de la medicació. Evidentment, el

tipus de tractament mèdic que es faci i la gestió dels medicaments que comporti es derivarà del concepte de cura que es tingui.

Així, trobem que existeix un discurs que entén la cura com la *desaparició* d'una malaltia, en tan que en desapareixen els símptomes i els seus efectes. En aquest sentit, el control mèdic està completament orientat a la cerca d'una estabilitat bioquímica de la malaltia. **La malaltia queda definida com quelcom continu, com una disfunció que ha de desaparèixer o restituir-se per a poder parlar de cura.**

Tanmateix, també trobem una discurs que entén la cura com quelcom que va més enllà d'allò estrictament bioquímico. Tot i contemplar la importància de la desaparició dels símptomes també inclou una dimensió social. És a dir, la cura també incorpora la possibilitat de poder seguir desenvolupant una vida activa i autònoma dintre la comunitat. En aquests termes, la malaltia no és quelcom que aclapara la totalitat de la persona i, per tant, de l'orientació del tractament. En aquest sentit, **curar-se permet desenvolupar la pròpia vida, encara que s'estigui en un procés de tractament de la malaltia mental.**

Separar el tractament mèdic del context social, com hem vist en el primer discurs sobre la cura, implica obviar els efectes secundaris que té el mateix tractament sobre la persona i el seu dia a dia.

#### 5.4. La negociació del tractament.

Per tal de poder conciliar els requisits mèdics amb les necessitats personals es fa necessari que tot tractament incorpori un mínim de directrius compartides entre la persona afectada i els professionals. En l'àmbit de la salut mental, és fa imprescindible que els efectes secundaris es contemplin al mateix nivell que la supressió dels símptomes del trastorn. Aquest fet es degut al poder incapacitador i al malestar que provoquen molts dels efectes secundaris dels fàrmacs receptats per al tractament dels trastorns mentals.

Llavors, per poder conciliar les necessitats mèdiques i les necessitats personals **serà necessari que el tractament es basi en el coneixement expert del metge i amb el coneixement expert de l'usuari.**

#### 5.5. La comunicació en la negociació.

La relació entre el professional i la persona afectada per un trastorn mental conté un seguit de dinàmiques comunicatives que dificulten, en algunes ocasions, el benestar de la relació. En aquest punt desenvoluparem un conjunt de consells comunicatius orientats a cadascun dels membres de la relació per tal d'introduir una millora qualitativa en les seves interaccions. Una millora que, en primer terme, pot facilitar la negociació que esmentàvem en el punt anterior.

Concretament, hem detectat uns elements comunicatius que dificulten aquesta relació. Abans de prosseguir, cal esmentar que aquests elements es refereixen a la

relació i no a les persones que hi participen. És a dir, aquestes pràctiques no són exclusives ni del professional ni de l'usuari.

**No negar l'experiència de l'altre.** Qualsevol afirmació que comporti no contemplar l'experiència de l'altre implicat en la relació tendirà a la confrontació. Tota negociació ha d'oferir un lloc a l'experiència de l'altre per a poder-lo tenir com a referent comunicatiu. Per exemple, negar el coneixement dels usuaris respecte els efectes dels medicaments es deixar sense cap lloc l'experiència pròpia de la persona. Com es pot decidir per un mateix sí la pròpia experiència no és vàlida?

**No situar els problemes comunicatius en les persones.** Les dificultats comunicatives que apareixen en la relació no han d'atribuir-se a les qualitats d'un dels membres. La relació és quelcom que va més enllà de les dues persones que la constitueixen. Els problemes de comunicació acostumen a ser quelcom degut al que aporten cadascun dels membres implicats. Per exemple, associar una dificultat comunicativa al patiment propi d'un trastorn mental implica obviar el que hi ha d'un mateix en les paraules de l'altre. Es deixa de tenir en compte l'afirmació de l'altre com quelcom vàlid. I el que és pitjor, és perd de vista l'objectiu de la interacció, la conciliació del tractament amb la vida personal, per centrar-se en acusacions mútues.

## 5.6. Les necessitats més enllà de la medicació.

Tot i que el tractament majoritari que reben les persones afectades és exclusivament farmacològic, també hem detectat la demanda d'un tractament de caire terapèutic. Es tracta de què la persona pugui tenir un espai per poder treballar, ja no els efectes de la malaltia, sinó els efectes psicosocials de patir una malaltia en el nostre context. Es tracta de poder treballar aquells aspectes de l'experiència de la malaltia que afecten la pròpia identitat. Així mateix, també es tracta de poder treballar aquells aspectes de la societat que afecten un mateix en relació al trastorn. **És necessari habilitar espais en els quals les persones afectades per un trastorn mental puguin, en cas que així ho vulguin, realitzar un treball de teràpia individual.**

En aquest sentit, ADEMM ha generat unes pràctiques grupals, com els Grups d'Ajuda Mútua (GAM), en les què l'activitat que s'hi duu a terme pot ser terapèutica per als seus membres. I, per tant, pot omplir aquest buit que actualment declaren les persones entrevistades.

Pel contrari, hem detectat que moltes de les persones entrevistades donen un sentit terapèutic a les consultes psiquiàtriques. Aquest fet suposa una font de frustració, degut a la poca freqüència i durada de les consultes i a la constant mirada mèdica que domina qualsevol conversa que es doni dintre d'aquestes. En aquesta línia, el mateix psiquiatre de les consultes, en cas de que així ho volgués, tampoc disposa dels recursos per poder oferir aquest tipus de consulta més terapèutica. **Les consultes orientades al seguiment del tractament no tenen l'objectiu ni els recursos d'una consulta de teràpia.**

## **5.7. El grup com a via d'empoderament.**

Recollint l'experiència de pertànyer a l'associació ADEMM, volem remarcar la sèrie d'avantatges que suposa per a la persona el fet de pertànyer a una col·lectivitat, així com les aportacions que el col·lectiu permet en termes de canvi social.

En primer lloc, el primer que cal esmentar és que els membres inscrits a ADEMM ressalten el suport i la comunitat que els dona el fet d'estar associats. Dintre del grup poden realitzar, per un a banda, un treball més personal orientat a compartir experiències que els serveixen com a referent vital i com a font de coneixement. Per altre banda, poden realitzar un treball orientat a la transformació social. **La lluita contra l'estigma i les millores de les condicions que envolten aquest col·lectiu s'amplifiquen i troben un lloc en la societat gràcies a l'acció col·lectiva.**

En segon lloc, **la possibilitat d'implicar-se de forma activa en les dinàmiques col·lectives esdevé una via d'empoderament.** Parlem d'un empoderament personal, en tant que la persona pot reflexionar sobre la seva qualitat de vida i pot actuar sobre com vol que aquesta s'expressi. Al mateix temps, parlem d'un empoderament social, en tant que la persona entra en una dinàmica d'acció ciutadana, tot participant en la vida política del context de què forma part.

En tercer lloc, el grup pot esdevenir un model referent per al col·lectiu de persones afectades. **El coneixement que prové de les dinàmiques del grup i de les experiències personals dels seus membres poden esdevenir una eina i un punt de suport per a aquelles persones que estan vivint situacions similars.**



**SEU SOCIAL- Hotel d'entitats**

Providència, 42-08024 BCN

Tel. 616536197-Fax 93 213 08 90

[ademm@ademm-usm.org](mailto:ademm@ademm-usm.org)

[www.ademm-usm.org](http://www.ademm-usm.org)

DESPATX

**Septimània, 31 baix – 08006 BCN**

**Tel. 93 217 09 37**



**Spora Sinergies**

**Consultoria Psicosocial**

Joaquín Costa 62, pral 2a

Tel. 93 481 56 22

[info@spora.ws](mailto:info@spora.ws) - [www.spora.ws](http://www.spora.ws)

Amb la col·laboració de la Generalitat de Catalunya:



**Generalitat de Catalunya**  
**Departament de Salut**